

北茨城市民病院総合診療専門医プログラム（きたいばらき）

目次

1. 北茨城市民病院総合診療医プログラムについて
2. 本専門医 PG はどのようにおこなわれるのか
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要なコアコンピテンシー・倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方
8. 研修プログラムの施設群
9. 専攻医の受入数について
10. 施設群における専門研修コースについて
11. 研修施設の概要
12. 専門研修の評価について
13. 専攻医の就業環境について
14. 専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15. 修了判定について
16. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべき事
17. サブスペシャリティ領域との連続性について
18. 総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19. 専門研修プログラム管理委員会
20. 総合医専門研修指導医
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 専攻医の採用

1. 北茨城市民病院総合診療専門医プログラム（きたいばらき）

について

北茨城市民病院（以下、「当院」という）は、茨城県と福島県の県境である北茨城市に位置しています。当院は、少子高齢化や慢性的な医師不足を踏まえ、地域の医療機関及び福祉施設とともに、地方創生のモデル病院として地域医療を進めています。

具体的には、当院は、保健・医療・介護の連携に向けて、包括的に医師の立場から健康にかかわる問題についての助言、臓器別の領域を超えた標準的な医療の提供ができる総合診療専門医を養成することで地域医療への貢献を図るための本プログラムの研修制度です。また、総合診療専門医資格を目指す専攻医が、夢と希望を持てる制度としています。

当院の総合診療専門医研修の理念は次のとおりです。

- 1) 総合診療医の質の向上を図り、もって、国民の健康及び福祉に貢献する。
- 2) 地域で活躍する総合診療専門医が誇りをもって診療等に従事できる専門資格とする。
- 3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

上記の理念に従い、北茨城市民病院総合診療専門医プログラム（以下、本専門医 PG）は、当院（総合診療専門研修Ⅱ）及び附属家庭医療センター（総合診療専門研修Ⅰ）並びに高次急性期病院である茨城県立中央病院、日立総合病院、茨城県立こころの医療センター、筑波大学などの専門各科群と協力し、全人的医療を展開しながら、診断・治療能力をもつ総合診療専門医資格を目指す若手医師にとって自らのキャリアパスの形成が行える夢と希望を与える制度としました。また、院外研修として学校医や北茨城市コミュニティケア研究会などに参画し、地域医療の重要性を現場から吸収できる環境を整えています。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

- 1) 地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む）を包括的かつ柔軟に提供すること。
- 2) 当院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供する

こと。

本専門医PGにおいては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたりると同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。本専門医PGでの研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

本専門医PGでは、①総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、②総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、③内科、④小児科、⑤救急科の5つの必須診療科と選択診療科（精神科、臨床疫学等）で3年間の研修を行います。このことにより、1. 人間中心の医療・ケア、2. 包括的統合アプローチ、3. 連携重視のマネジメント、4. 地域志向アプローチ、5. 公益に資する職業規範、6. 診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない6つのコアコンピテンシーを効果的に修得することが可能になります。

本専門医PGは専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことができます。

2. 本専門医PGはどのように行われるのか

1) 研修の流れ：本専門医PGは、卒後3年目からの専門研修（後期研修）3年間で構成されます。

- 1年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。
- ・ 2年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。
- ・ 3年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さが生じる際、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。
- ・ また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められ

ますので、18ヶ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

- ・ 3年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。
 - 1) 定められたローテーション研修を全て履修していること
 - 2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
 - 3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、同じ症候や疾患、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

① 臨床現場での学習

職務を通じた学習（On-the-job training）を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ（経験と省察のファイリング）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

（ア）外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）を実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

(イ) 在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施します。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

(エ) 救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

(オ) 地域ケア

地域医師会や北茨城市コミュニティケア研究会の活動を通じて、地域の実地医家と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

② 臨床現場を離れた学習

- ・ 総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメント、総合診療領域の研究と教育については、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会等の関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。

- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

③ 自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストやWeb教材、更には日本医師会生涯教育制度及び日本プライマリ・ケア連合学会等におけるe-learning教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3) 専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。

本専門医PGでは、茨城県立中央病院、日立製作所日立総合病院、筑波大学附属病院と臨床研究に携わる機会を提供する予定です。研究発表についても経験ある指導医からの支援を提供します。

4) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設（当院）

総合診療科（総合診療専門医Ⅱ研修）

＜週間計画＞内科（総合診療）科研修（北茨城市民病院総合診療専門医プログラム（きたいばらき）Ⅱ							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00 朝カンファレンス	○	○	○	○	○	○ 第1.3.5	
9:00-12:30 内科（総合診療）外来	○	○	○	○		○ 第1.3.6	
13:00-17:15 病棟業務			○	○			
9:00-17:15 救急外来					○		
16:00-17:15 症例カンファレンス		○					
平日宿直・待機（1回/週）、土日直・宿直・待機（1回/月）							

内科及び救急科（専門関連施設/茨城県立中央病院）

<週間計画> 内科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
7:15-7:45 早朝ウェブカンファランス（週1回 月または金）							
8:30-17:15 病棟業務・病棟回診（各科ごとに異なる）							
9:00-12:00 内科新患外来（週1回 水～金）							
18:00-19:00 内科カンファランス（合同）							
19:00-20:00 CPC（月1回）							
平日宿直・待機（1～2回/月）、土日直・宿直・待機（1～2回/月）							
<週間計画> 救急科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
7:15-7:45 早朝ウェブカンファランス（週1回 月または金）							
8:30-9:00 モーニングカンファランス（平日毎日）							
8:30-17:15 救急外来対応（ホットライン・ドクターカー）・病棟対応							
9:30-12:00 救急・総診・神内合同カンファランス（毎週月）							
9:30-11:00 病棟全回診（毎週金）							
17:15-18:00 夕回診（平日）							
17:30-19:00 外来レビュー・ケースカンファランス（毎週水）							
17:30-19:00 Trauma board（月1回 重症外傷症例検討会）							
18:00-19:00 内科カンファランス（内科全科合同）							
18:00-19:00 CPR講習会（月1回）・院内急変シミュレーション（2ヶ月に1回）（救急科のみ）							
18:00-19:00 救急クラブ（年3～4回 院外合同）							
19:00-20:00 CPC（月1回）							
平日宿直・待機（1～2回/月）、土日直・宿直・待機（1～2回/月）							

内科（専門研修連携施設/筑波大学附属病院）

<週間計画> 内科（呼吸器内科の例）の専門プログラ計画							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8時半～9時半	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診	朝回診		
午前中	病棟業務 教授回診（カンファレンス）	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟回診（当番）	病棟回診（当番）
午後		病棟業務	気管支鏡	病棟業務	気管支鏡		
夕方	抄読会・勉強会 6科合同カンファレンス		勉強会		週末申し送り		
平日宿直・待機（3-4回/月）、土日直・宿直・待機（3-4回/月）							

内科（専門研修連携施設/日立製作所 日立総合病院）

<週間計画> 日立総合病院内科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:15-9:00・・・病棟回診	○	○	○	○	○		
9:00-12:00・・・病棟業務, 各種検査	○	○	○	○	○		
13:00-16:30・・・病棟業務, 各種検査	○	○	○	○	○		
16:30-17:30・・・各診療科症例検討会			診療科による				
17:30-18:00・・・内科カンファレンス	○						
18:00-19:00・・・CPC, OCC		○					
平日宿直・待機（2回/月）、土日直・宿直・待機（2回/月）							

小児科（専門研修連携施設/日立製作所 日立総合病院）

<週間計画> 日立総合病院小児科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:15-9:00・・・病棟回診	○	○	○	○	○		
9:00-12:00・・・病棟業務,各種検査	○	○	○	○	○		
13:00-16:30・・・病棟業務,救急外来	○	○	○	○	○		
16:30-17:30・・・症例検討会,カンファレンス		○					
・日直(2~3回/月)、 ・夜間小児救急対応[22時迄の対応](2~3回/月)							

小児科（専門研修連携施設/茨城県立こども病院）

<週間計画> 小児科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:15 朝ミーティング(週3回)							
8:15-8:30 朝ミーティング(週2回)							
8:15-9:00 抄読会(週1回)							
8:15-9:00 CC(週1回)							
8:15-9:00 チャート回診(週1回)							
8:30-12:00 病棟/一般外来(週2回)							
9:00-12:00 病棟/一般外来/血液病棟処置(週3回)							
13:00-17:00 病棟/救急外来(平日)							
17:00-18:00 Tumor Board(週1回)							
17:00-18:00 循環器カンファレンス(週1回)							
18:00-19:00 新生児WEBカンファレンス(週1回)							
18:00-19:00 小児救急WEBカンファレンス(月1回)							
18:00-19:00 血液WEBカンファレンス(月1回)							
18:00-19:00 内科外科カンファレンス(月1回)							
19:00-20:00 循環器WEBカンファレンス(月1回)							
17:30-19:00 院内学術報告会(年2回)							
CPC、病理カンファレンス、ハンズオンセミナー、院内集談会(不定期)							
平日宿直・待機(1~3回/月)、土日宿直・待機(1~2回/月)							

救急科（専門研修連携施設/日立製作所 日立総合病院）

<週間計画> 日立総合病院救急集中治療科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30・・・ERカンファレンス	○	○	○	○	○		
8:30-9:00・・・ICUカンファレンス	○	○	○	○	○		
9:00-16:30・・・病棟(ICU)業務,救急センター	○	○	○	○	○		
12:00-13:00・・・ERレクチャー			○				
17:00-18:00・・・集中治療・総合診療レクチャー				○			
宿日直:6回/月程度							

注:救急集中治療科は、曜日に関係ない勤務割(週5日勤務)となりますので
上記は月~金曜日が勤務となった場合の研修計画となります。

連携施設

総合診療専門医プログラム I（北茨城市民病院附属家庭医療センター）

<週間計画> 内科（総合診療） 科研修（北茨城市民病院総合診療専門医プログラム（きたいばらき） I							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30 朝カンファレンス	○	○	○	○	○		
9:00-12:30 内科（総合診療） 外来	○	○	○	○			
14:00-17:15 訪問診療	○	○	○	○	○		
9:00-17:15 へき地巡回診療			○				
14:00-17:15 学校医・健診、予防接種		○					
14:00-17:15 症例検討会			○				
平日待機（1回/週）、土日待機（1回/月）							

その他

専門研修連携施設（精神科）を一例として示します。

<週間計画> 精神科研修							
時間・内容	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 病棟申し送り・朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
9:00-11:00 外来研修（新患）		調整中					
13:00-17:00 病棟業務							
16:00-17:00 症例カンファレンス							
平日宿直・待機（1回/週）、土日直・宿直・待機（1回/月）							

本専門医PGに関連した全体行事の年度スケジュール

（SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医）

- 4月 SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布（当院ホームページ）
SR2、SR3：研修修了予定者：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末までに提出
指導医・PG統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
- 5月 第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
- 6月 研修修了者：専門医認定査書類を日本専門医機構へ提出
日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）
- 7月 研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験）
次年度専攻医の公募および説明会開催
- 8月 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）

- 9月 第2回研修管理委員会：研修実施状況評価
公募締切（10月末）
- 10月 日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加（発表）（開催
時期は要確認）
SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告）
次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
- 11月 SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）
- 12月 第3回研修PG管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
- 1月 ブロック支部ポートフォリオ発表会
- 3月 その年度の研修終了
SR1、SR2、SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出）
SR1、SR2、SR3：研修PG評価報告の作成（書類は翌月に提出）
指導医・PG統括責任者：指導実績
報告の作成（書類は翌月に提出）

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

総合診療の専門知識は以下の5領域で構成されます。

1. 地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観ややまいの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテキスト（※）が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテキスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）
2. プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を

通じる医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。

3. 多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。

4. 医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。

5. 総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

※各項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標1～4及び6を参照

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

1. 外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技
2. 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法
3. 診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力
4. 生涯学習のために、情報技術（information technology; IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力
5. 診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3) 経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳p. 20-29参照）

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

1. 以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身	心肺停止 倦怠感
呼吸困難	身体機能低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
嚥下困難				
吐血・下血	嘔気・嘔吐	胸やけ	腹痛	便秘異常
肛門・会陰部痛	熱傷	外傷	褥瘡	背部痛
腰痛	関節痛	歩行障害	四肢のしびれ	肉眼的血尿
排尿障害（尿失禁・ 気分の障害（うつ） 女性特有の訴え・症	乏尿・尿閉 精神科領域の救急 成長・発達の障害	多尿 流・早産および満期	不安	

以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。（必須項目のカテゴリーのみ掲載）

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄脳炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	尋麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	脊柱障害	心不全	狭心症・筋梗塞	呼吸不全
不整脈	動脈疾患	静脈・リンパ管疾患	高血圧症	呼吸器感染症
閉塞性・拘束肺疾患	異常呼吸	胸膜・縦隔横疾患	食道・胃十二指腸疾患	小腸・大疾患
胆嚢・管疾患	肝疾患	膵臓疾患	腹壁・膜疾患	腎不全
全身疾患による腎障害	泌尿器科的腎・路疾患	妊婦・授乳褥のケア	女性生殖器およびその関連疾患	
男性生殖器疾患	甲状腺疾患	糖代謝異常	脂質異常症	蛋白および核酸代謝異常
角結膜炎	中耳炎	急性・慢副鼻腔炎	アレルギー性鼻炎	認知症
依存症	気分障害	身体表現性障害	ストレ関連障害・心身不眠症	
ウイルス感染症	細菌感染症	膠原病とその合併症	中毒	アナフィラキシー
小児ウイルス感染	小児細菌感染症	小児喘息	小児虐待の評価	高齢者総合機能評価
老年症候群	維持治療機の悪性腫瘍			

経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳p. 16-31参照）

(ア) 身体診察

- ① 小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察
- ② 成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）
- ③ 高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）
- ④ 耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。
- ⑤ 婦人科的診察（陰鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

(イ) 検査

- ① 各種の採血法（静脈血・動脈血）
- ② 簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）
- ③ 注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）
- ④ 穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）
- ⑤ 単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）
- ⑥ 心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査
- ⑦ 超音波検査（腹部・表在・心臓）
- ⑧ 生体標本（喀痰、尿、腔分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断
- ⑨ 呼吸機能検査
- ⑩ オーディオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価
- ⑪ 子宮頸部細胞診
- ⑫ 消化管内視鏡（上部、下部）
- ⑬ 造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

※ 詳細は総合診療専門医専門研修、研修カリキュラムの経験目標 1 を参照

5) 経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳p. 18-19参照）

(ア) 救急処置

- ① 新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）
- ② 成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）

③ 病院前外傷救護法 (PTLS)

(イ) 薬物治療

- ① 使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。
- ② 適切な処方箋を記載し発行できる。
- ③ 処方、調剤方法の工夫ができる。
- ④ 調剤薬局との連携ができる。
- ⑤ 麻薬管理ができる。

(ウ) 治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	止血・縫合法及び閉鎖療法
簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス	局所麻酔（手指のブロック注射を含む）
法	
トリガーポイント注射	関節注射（膝関節・肩関節等）
静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理
導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換	
褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	在宅酸素療法の導入と管理
ン	
人工呼吸器の導入と管理	輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）
各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）	
小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）	
包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）
鼻出血の一時的止血	耳垢除去、外耳道異物除去
咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）	
睫毛抜去	

各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習 (On-the-job training) において、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスにおいて各種カンファレンスを活用した学習は非常に重要です。主として、外来・在宅・病棟の3つの場面でカンファレンスを活発に開催します。

(ア) 外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

(イ) 在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

(ウ) 病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5. 学問的姿勢について

専攻医には、以下の2つの学問的姿勢が求められます。

- ・ 常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。
- ・ 総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

1. 教育

- 1) 学生・研修医に対して1対1の教育をおこなうことができる。
- 2) 学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。
- 3) 専門職連携教育（総合診療を実施する上で連携する多職種に対する教育）を提供することができる。

2. 研究

- 1) 日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。
- 2) 量的研究（疫学研究など）、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医専門研修カリキュラムの到達目標5に記載されています。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められます。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下4項目の実践を目指して研修をおこないます。

1. 医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。
2. 安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。
3. 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。
4. へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

本専門医PGでは北茨城市民病院、内科（総合診療科）を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。ローテート研修にあたっては下記の構成となります。

（1） 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当PGでは北茨城市民病院において総合診療専門研修Ⅱを6ヶ月以上、附属家庭医療センターにて総合診療専門研修Ⅰを6ヶ月、合計で18ヶ月の研修を行います。

（2） 必須領域別研修として、茨城県立中央病院及び当院にて内科6ヶ月、日立総合病院にて小児・救急科を3ヶ月実施します。（内科については日立総合病院、筑波大学附属病院で6ヶ月も選択できます。）

（3） また、プログラム最終年の6ヶ月は総診Ⅱを行います。その他領域別研修として茨城県立こころの医療センター、舞子浜病院にて精神科3ヶ月、筑波大学大学院で臨床疫学3ヶ月の研修を選択することが可能です。（但し、大学院で臨床疫学を研修する場合は、筑波大学の大学院に入学することが必要です。）

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、本研修PG管理委員会が決定します。

8. 本専門医PGの施設群について

本専門医プログラムは、当院の他、基幹施設2、連携施設4の合計7施設の施設群で構成されます。施設は茨城県の2つの二次医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況は11. 研修施設の概要を参照して下さい。

専門研修基幹施設

北茨城市民病院、内科（総合診療科）が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

本研修PGの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

- ・ 筑波大学附属病院（各種専門診療を提供する特定機能急性期病院である。）
- ・ 茨城県立中央病院（県立の4病院の中で各種専門診療を提供する急性期病院である。）
- ・ 茨城県立こども病院（県立の4病院の中で小児専門診療を提供する病院である。）
- ・ 日立製作所 日立総合病院（県北地区で三次救急告示病院の指定を受け、救命救急センター・茨城県地域がんセンター・地域がん診療連携拠点病院として高度医療の対応を行うとともに、地域医療支援病院として地域連携などを担当している。）
- ・ 北茨城市民病院附属家庭医療センター（筑波大学の協力のもと、北茨城市民病院の附属医療センターとして設立。総合診療専門研修指導医が常勤している。患者に寄り添う医療を信条に在宅医療を展開し、自治体と提携した健康増進や予防医学活動を積極的に実施している。）

専門研修施設群

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。

研修体制

北茨城市民病院：基幹施設

茨城県立中央病院：連携施設

茨城県立こども病院：連携施設

日立製作所 日立総合病院：連携施設

筑波大学附属病院：連携施設

筑波大学：連携施設

茨城県立こころの医療センター：連携施設

公益財団法人 磐城済世会 舞子浜病院：連携施設

北茨城市民病院附属家庭医療センター：連携施設

多賀医師会

北茨城市地区医師会

市町村・保健所

北茨城市コミュニティケア研修会

研修施設群

専門研修施設群の地理的範囲

本専門医PGの専門研修施設群は茨城県にあります。当院との地理的位置関係は、附属

家庭医療センター10km、日立総合病院30km、茨城県立中央病院80km、県立こころの医療センター85km、県立こども病院73km、筑波大学付属病院120kmとなっています。施設群の中には、特定機能病院、地域支援病院及び大学付属病院、診療所が入っています。

9. 専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修Ⅱを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医×1/3です。3学年の総数は総合診療専門研修指導医×3です。本院と特別な関係にある附属本研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は1/2で3学年の総合診療研修指導医数×3です。基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、総合診療専門研修において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する総合診療専門研修指導医1名に対して1名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

内科研修については、1人の内科指導医が同時に受け持つことができる専攻医は、原則、内科領域と総合診療を合わせて3名までとします。ただし、地域の事情やプログラム構築上の制約によって、これを超える人数を指導する必要がある場合は、専攻医の受け持ちを1名分まで追加を許容し、4名までは認められます。

小児科領域と救急科領域を含むその他の診療科のローテーション研修においては、各科の研修を行う総合診療専攻医については各科の指導医の指導可能専攻医数（同時に最大3名まで）には含めません。しかし、総合診療専攻医が各科専攻医と同時に各科のローテーション研修を受ける場合には、臨床経験と指導の質を確保するために、実態として適切に指導できる人数までに（合計の人数が過剰にならないよう）調整することが必要です。これについては、総合診療専門研修プログラムのプログラム統括責任者と各科の指導医の間で事前に調整を行います。

10. 施設群における専門研修コースについて

図1に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。後期研修1年目は基幹施設である当院での総合診療専門研修Ⅱ、後期研修2年目は特定機能病院である日立総合病院等での内科・小児科・救急科の領域別必修研修、後期研修3年目の前半は北茨城市民病院附属家庭医療センターにおいて総合診療専門医PGⅠを研修し、地域医療に必要な知識や技能を補い、更に、専門研修で整形外科・精神科・皮膚科・筑波大学大学院等での臨床疫学等の研修を行います。

図 1

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
後期研修 1年目	総合診療専門医プログラムⅡ 北茨城市民病院											
後期研修 2年目	内科 専門研修連携施設											
後期研修 3年目	救急科			小児科			総合診療専門医プログラムⅠ 附属家庭医療センター					
	専門研修連携施設			専門研修連携施設								

一例であり、フレキシブルに専攻医の意思を尊重し、指導医のもとプログラムを決定します。

資料1

研修目標と研修の場

総合診療専門医プログラム 研修目標及び研修の場	プログラムでの研修設定 ◎：主たる研修の場 ○：従たる研修の場											
	推奨											
	総合診療専門研修Ⅰ		総合診療専門研修Ⅱ		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
I. 一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必要だがそれ以外についてもできる限り経験することが望ましい。												
身体診察												
※①小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察を実施できる。	◎	◎					◎	◎				
※②成人疾患への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる。	○	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○
※③高齢者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能・転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。	◎	◎	◎	◎	◎	○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察が実施できる。	○	◎	◎	◎	◎	◎					○	○
※⑤婦人科的診察（陰鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。		○	○	○	○	○						◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	○	◎	◎	◎	◎	◎						
※⑦死体検案えお警察担当者と共に実施し、死体検案書を作成できる。	○	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎		
（ア）実施すべき手技												
※⑧各種採血法（静脈血・動脈血）簡易機器による血液検査・簡易血清測定・簡易凝固能検査	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※⑨採尿法（導尿法を含む）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※⑩注射法（皮下・皮下・皮下・筋内・静脈注射・点滴・成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
⑪穿刺法（腰椎・股関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（イ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※⑫単純X線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※⑬心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※⑭超音波検査（腹部・表在・心臓）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※⑮生体標本（喀痰、尿、腔分泌液、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○		
※⑯呼吸機能検査		◎	◎	◎	◎	◎						
※⑰オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価	○	◎	◎								○	○
⑱子宮頸部細胞診		○	○								◎	◎
⑲消化器管内視鏡（上部）		○	○	○	◎	◎						
⑲消化器管内視鏡（下部）		○	○	○	◎	◎						
⑲造影検査（胃透視・注腸透視・DIP）		○	◎	○	◎	◎						
（ウ）救急処置												
※⑳新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）	○	○	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎		
※㉑成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）	○	○	○	○	○	○			◎	◎		
※㉒病院前外傷救護法（PTLS）										◎		
（エ）薬物治療												
①使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適用を理解して処方することができる。	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
②適切な処方箋を記載し発行できる	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
③処方・調剤方法の工夫ができる	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎	○	○		
④調剤薬局との連携ができる	◎	◎	○	○	○	○						
⑤麻薬管理ができる	○	◎	◎	◎	○	○						
（オ）治療法												
※①適切な切開・異物抽出・ドレナージ	○	◎	◎	◎						◎	◎	○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	○	◎	◎	◎						◎	◎	○
※③簡単な脱臼の整復・包帯・福木・ギプス法	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	○	○
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）	○	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○
※⑤トリガーポイント注射	○	◎	◎	◎	◎	◎					○	○
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）	○	◎	◎	◎	◎	◎					○	○
※⑦静脈ルートの確保及び輸血管理（IVHを含む）	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎		
※⑧経鼻胃管及び胃腸力テーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※⑨膀胱及び尿道留置力テーテル・膀胱力テーテルの留置及び交換	◎	◎	◎	◎	◎	◎			○	○		
※⑩褥瘡に対する褥瘡治療及びデブリドマン	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験のほんでいを含む）	○	○	○	○	○	○						
⑭各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）	○	○	○	○	○	○					○	○
⑮小手術（局所麻酔下での簡単な切開・抽出・止血・縫合法減菌・消毒法）	○	○	○	○	○	○				◎	◎	○
⑯包帯・副木・テーピング・ギプス等による固定法	◎	◎	○	○	○	○			◎	◎		
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）	○	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（カ）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時止血	○	◎	◎							◎	◎	○
※②耳垢除去・外耳道異物除去	○	◎	◎				◎	◎			◎	◎
⑳咽喉異物除去（関節咽喉鏡・上部消化器内視鏡などを使用）	○	○	○						◎	◎	◎	◎
㉑睫毛除去	◎	◎	◎									

Ⅱ. 一般的な症候への適切な対応と問題解決	総合診療専門研修Ⅰ		総合診療専門研修Ⅱ		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
以下に示す症候全てにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断及び初期対応他の専門医へのコンサルテーションを含む）を適切に実施できる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
ショック	○	○	◎	○	○	○						
急性中毒	○	○	◎	○	○	○			○	○		
意識障害	○	○	◎	○	○	○						
全身倦怠感	◎	◎	◎	◎	○	○			◎	◎		
心拍停止	○	○	◎	○	○	○						
呼吸困難	○	○	◎	○	○	○			○	○		
身体機能の低下	○	◎	◎	○								
不眠	◎	◎	◎	○								
食欲不振	◎	◎	◎	○	○	○						
体重減少・るいそう	◎	◎	◎	○	○	○			◎	◎		
体重増加・肥満	◎	◎	◎	◎								
浮腫	◎	◎	◎	○	○	○			○	○		
リンパ節腫脹	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○
発疹	○	◎	◎	○			○	○	○	○		
黄疸	○	○	◎	○	◎	◎						
発熱	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
認知症の障害	◎	◎	◎	○	○	○			◎	◎		
頭痛	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎	◎		
めまい	○	◎	◎	◎	○	○			◎	◎		
失神	○	◎	◎	○	○	○			◎	◎		
言語障害	○	○	◎	◎	○	○			○	○		
けいれん発作	○	○	◎	○			◎	◎	○	○		
視力障害・視野狭窄	○	◎	◎						○	○	○	○
目の充血	◎	◎	◎				○	○	◎	◎	○	○
聴力障害・耳痛	◎	◎	◎				○	○	◎	◎	○	○
鼻漏・鼻閉	○	◎	◎				○	○	◎	◎	○	○
鼻出血	○	◎	◎						○	○	○	○
さ声	○	◎	◎						◎	◎	○	○
胸痛	○	◎	◎	◎	○	○						
動悸	◎	◎	◎	◎	○	○						
咳・痰	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎				
咽頭痛	○	◎	◎	◎	○	○	◎	◎				
誤嚥	○	◎	◎	○	○	○					○	○
誤飲	○	◎	◎	○	○	○						
嚥下困難	○	◎	◎	◎	○	○					○	○
吐血・下血	○	◎	◎	◎	○	○						
嘔気・嘔吐	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎				
胸やけ	◎	◎	◎	◎	○	○						
腿痛	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎				
便通異常	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	○		
肛門・会陰部痛	○	◎	◎	○	○	○						
熱傷	○	◎	◎	○					◎	◎	○	○
外傷	○	◎	◎	○							◎	◎
褥瘡	○	◎	◎	◎							○	○
背骨痛	○	◎	◎	◎							○	○
腰痛	○	◎	◎	◎							○	○
関節痛	○	◎	◎	◎							○	○
歩行障害	○	◎	◎	◎							○	○
四肢のしびれ	○	◎	◎	◎							○	○
肉眼的血尿	○	◎	◎	◎							○	○
排尿障害（尿失禁・排尿困難）	○	◎	◎	◎							○	○
乏尿・尿閉	○	◎	◎	◎							○	○
多尿	○	◎	◎	◎							○	○
精神科領域の救急	○	◎	◎	◎						◎	◎	◎
不安	○	◎	◎	◎							○	○
気分の障害（うつ）	○	◎	◎	◎							○	○
流・早産及び過期産		◎									◎	◎
女性特有の訴え・症状	○	◎	◎	◎							○	○
成長・発達障害	○	◎	◎				◎	◎				

IV. 医療介護の連携活動													
以下に示す診療を適切に実施することができる。													
(1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	◎	◎								◎	◎
(2) 各種の居宅介護サービス及び施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断	◎	◎	○	○								◎	◎
(3) ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い医師の立場から適切にアドバイスを提供	◎	◎	○	○								◎	◎
(4) グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなど施設入居者の日常的な健康管理を実施	◎	◎	○	○								◎	◎
(5) 施設入居者の急性期の対応入院通院の判断を、医療機関と連携して実施	◎	◎	○	○								◎	◎
保健事業：予防医療													
以下に示すケアや活動を適切に提供・実施することができる。													
(1) 特定健診審査への事後指導	◎	◎	◎	◎								◎	◎
(2) 特定保健指導への協力	◎	◎	◎	◎								◎	◎
(3) 各種がん検診での要精密検査に対する説明と指導	◎	◎	◎	◎								◎	◎
(4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において健診や教育などの保健活動に協力	◎	◎	○	○								◎	◎
(5) 産業保健活動に協力	◎	◎	○	○								◎	◎
(6) 健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○								◎	◎

1 1. 研修施設の概要

※基幹（北茨城市民病院）概要

総合診療専門研修Ⅱ

指導医数

- ・日本プライマリケア連合学会 認定指導医 2名
- ・日本プライマリケア連合学会 家庭医療専門医 2名
- ・日本内科学会 専門医 2名
- ・循環器内科学会 循環器専門医 1名
- ・日本産婦人科学会 専門医 1名

・内科（総合診療科）北茨城市民病院

延外患者数 2019年度実績 外来 96,011人 入院 46,037人

附属家庭医療センター 延外来数 25,011人

内視鏡検査件数（内科部門）：180件/月 ERCP：4件/月

平均新入院患者数（月実患者数） 内科 111.1人

平均在院日数 16.5日（一般）

救急車受け入れ件数（2019年）：973件

DPC制度参加病院（2016年より）

・当院は、県北の日立医療圏に属し、平成26年11月の移転新築に伴い、新たに名称を変え地域住民に親しみのある市民病院と致しました。標榜科目は16科目、一般急性期病床137床 療養病床46床 計183床のケアミックス型医療機関です。病院機能は、へき地拠点病院及び二次救急指定病院として、急性期疾患から慢性期疾患まで多くの患者に入院・外来治療を実施しています。

・また、平成27年6月に市南部地区に総合診療専門医及び家庭医の養成施設として筑波大学の協力のもと、附属家庭医療センターを開設し、訪問診療を実施しています。

・総合診療医の役割としては広範囲な外来診療と救急診療を担うことで、common diseaseから重症度の高い内科疾患を診ており、専攻医は多くの疾患を経験することが可能です。

・また、本院と附属家庭医療センターでは、予防医療に注力し、本院での講演や地域で自主的に組織されたコミュニケア研究会等に参加して地域住民に啓発を行います。

※専門研修連携施設 北茨城市民病院附属家庭医療センター

指導医数

- ・日本プライマリ・ケア連合学会 認定指導医 2名

概要

標榜科目 内科、小児科、心療内科

月平均延外来数 1,641人/月（令和元年度）

在宅（訪問診療） 月平均訪問件数 216.8人（令和元年度）

・北茨城市民病院の附属診療所として、筑波大学の協力のもと、外来診療及び在宅診療を展開しています。平成28年4月からは北茨城市では唯一の在宅療養支援診療所として、訪問診療と訪問看護を行います。

・毎週、水曜日にはへき地巡回診療を実施しています。患者に寄り添う医療を信条としてきめ細やかな診療を行い、地区医師会及び市等と共に多職種で北茨城市民の健康づくりに向けて、家庭医療センターの医師は、健康相談の開催や公民館において講演活動に参画し、医師の立場からアドバイスをしています。

- ・また、学校医として市の保健活動を実施しています。

※専門研修連携施設 茨城県立中央病院（内科、救急科）

内科常勤医 38名

内科指導医 21名

救急科専門医 3名

概要

- ・内科病床数 290床

- ・内科入院患者数 4256人/年・外来患者数 67862人/年

- ・救急車受入台数 約4500台/年

・茨城県立中央病院は、茨城水戸保健医療圏の中心的な急性期病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核です。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモンディージーズの経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験もでき、高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけます。

・火曜夕方の内科カンファランスは、内科全体の合同カンファランスで、指導医によるレクチャー、抄読会（ACP Journal Club）、症例発表等を行い、幅広い視点から内

科研修を行うことが出来ます。

- ・内科専門研修プログラムの基幹施設でもあり、内科13領域ほぼすべての専門医が1名以上、常勤として在籍しています。（感染症内科は非常勤2名）
- ・当院は2次救急病院ですが、ほとんどの救急患者に対応しており、救急応需率は県内随一です。公立病院として、他病院では受け入れが困難な患者（精神疾患合併等）も、原則全例受け入れています。「どんな患者でも診られるようになりたい」という方にはうってつけの病院で、地域医療を経験した自治医大卒の医師が中心となって指導を行います。
- ・当院では、救急科は総合診療科と協力して入院後の診療も担当しており、救急外来から、入院後の管理（ICU管理を含む）、リハビリテーション、退院後の生活調整まで、幅広いマネージメントを経験することができ、どこに行っても役立つ経験ができます。

※専門研修連携施設 筑波大学付属病院（病院総合内科）

指導医数

日本内科学会指導医 76名、日本内科学会総合内科専門医 37名、日本消化器病学会消化器専門医 11名、日本循環器学会循環器専門医 24名、日本腎臓病学会専門医 6名、日本呼吸器学会呼吸器専門医 8名、日本血液学会血液専門医 7名、日本神経学会専門医 7名、日本糖尿病学会専門医 8名、日本内分泌学会専門医 2名、日本リウマチ学会専門医 3名、日本感染症学会専門医 2名、日本臨床腫瘍学会専門医 1名、日本アレルギー学会専門医 3名、日本肝臓学会専門医 7名、日本老年医学会専門医 2名、他

概要

- ・内科の標榜診療科：9科
- ・外来のべ人数 19272名/年、入院患者のべ人数 16101名/年
- ・指導医が76名在籍しており、県内唯一の特定機能病院として各分野にスペシャリストが揃っております。従来より数多くの後期研修医を育成してきた実績があり、指導体制が確立しております。
- ・内科専攻医研修委員会を設置して、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設に設置されるプログラム管理委員会と連携を図ります。
- ・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的で開催しております。各講習会はビデオ講義で受講することが可能であり、中途採用者も全員受講することが義務付けられております。
- ・内科の各分野は院内で複数診療科およびコメディカルスタッフが参加する合同カンファレンスを定期的で開催しており、専門性の高い診療を行っております。また、研

修施設群合同カンファレンスや研究会、講演会を参画し、専攻医が受講できるようにしております。

- ・院内の全剖検症例は剖検検討会（CPC）で検討します。毎月数回開催しております。

※専門研修連携施設 日立製作所 日立総合病院（内科、小児科、救急科）

指導医数

- ・内科指導医：14名（総合内科専門医：8名）
- ・小児科専門医：5名（内、指導医：1名）
- ・専門医：3名

概要

- ・診療科：循環器内科，呼吸器内科，消化器内科，血液内科，腎臓内科，代謝内分泌内科，神経内科
患者数：内科全体でのべ入院患者数は80,362人
- ・小児科
患者数：小児科のべ外来患者数は、16,103人／年（2015年実績）
小児科のべ入院患者数は、5,114人／年（2015年実績）
- ・救急集中治療科
患者数：救急集中治療科のべ入院患者数は6,356人／年（2015年実績）
救急車搬送台数：5,920台（2015年実績）
救急外来患者総数：18,266人（2015年実績）

” 私たちは、患者中心の、安全で質の高い医療を提供し続けることにより、地域医療の発展に貢献します” を理念に日夜奮闘しております。当院は1938年に「従業員と地域住民のために」（株）日立製作所により設立された歴史のある、26万人の住民を擁する茨城県北部の日立医療圏の中で最大規模の地域中核病院です。更に、積極的に病診連携を行っていることから、実に広い範囲の患者さんを診療しています。特に救命救急センター・三次救急告示医療機関 として救急・急性期疾患対応，茨城県地域がんセンター・地域がん診療連携拠点病院としてがん対応，肝疾患診療連携拠点病院・各学会認定施設として難病・高度医療対応，地域医療支援病院として地域連携などを担当しています。

※専門研修連携施設 茨城県立こころの医療センター (精神科)

指導医数 精神科専門医7名、精神科専門医研修指導医 6名

概要

精神科

総入院患者数（実数）996名、総外来患者数（実数）6419名

・当院は、県立の精神科専門の病院であり、地域精神医療の中核であり、スーパー救急病棟、児童思春期病棟、医療観察法病棟、合併症病棟、社会復帰病棟、薬物問題専門外来、睡眠外来を有している。不眠症やうつ病、認知症、アルコール依存など総合診療科でも一般的な精神疾患を外来、入院とも全て経験可能である。精神科的面接法、診断と治療計画、精神療法、薬物療法の基本を学ぶ。

※専門研修連携施設 茨城県立こども病院 (小児科)

指導医数 小児科専門医 25名 小児科専門医研修指導医 13名

概要

小児科

小児科病床数 115床

小児科入院患者数 20,548人／年・外来患者数 34,638人／年

新生児科入院患者数 8,888人／年・外来患者数 2,609人／年

救急受診者数 5,493人／年

茨城県立こども病院は、茨城県が設置した県立病院です。茨城県における小児医療の中核的な役割を担う唯一の小児専門病院です。小児医療のほとんどすべての領域をカバーし、小児総合診療、小児がんと骨髄移植、先天性心疾患の診断および心臓血管外科手術、新生児・小児の外科手術、小児集中治療などを行うとともに、隣接する水戸済生会総合病院との連携により、茨城県総合周産期母子医療センターとして新生児の集中治療、さらには救急中核病院として、24時間365日の救急車受け入れを担っています。

・運営は、茨城県から指定管理を受けた、社会福祉法人恩賜財団済生会の支部である茨城県済生会が行っています。

・小児科専門研修プログラムの基幹施設です。

・筑波大学の寄附講座（茨城県小児地域医療教育ステーション）が設置され、筑波大学教員を兼任する常勤医が論文執筆の指導のみならず、臨床研究の推進、博士号の取得までサポートしています。

※専門研修連携施設 公益財団法人 磐城済世会 舞子浜病院 (精神科)

精神科

精神科専門医 5名、精神科専門医研修指導医 4名

精神保健指定医4名

概要

総入院患者数（実数）2,594名、総外来患者数（実数）10,863名

当院は、浜通り地域の精神科基幹病院として、多職種による精神科チーム医療を実践しています。精神科急性期病棟、精神療養病棟、認知症治療病棟が整備されている。措置入院、応急入院にも対応しており一般的な精神疾患を外来、入院ともすべて経験可能である。

外来は一般的な統合失調症圏、気分障害、認知症等に対応している。専門外来は児童思春期、認知症、てんかん、アルコール依存症などを行っている。

また、福島県の認知症疾患センターの指定を受けていて、治療以外にも啓発事業等の行政と連携した取り組みの実績もある。

1 2. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修PGの根幹となるものです。

以下に、「振り返り」、「ポートフォリオ作成」、「研修目標と自己評価」の三点を説明します。

1) 振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては3年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳（資料1）の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを1～数ヶ月おきに定期的実施します。その際に、日時と振り返りの主要内容について記録を残します。また、年次の最後には、1年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2) 最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフォリオ（学習者がある領域に関して最良の学びを経験し、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）作成の支援を通じた指導を行います。専攻医には詳細20事例、簡易20事例のポートフォリオを作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。

なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある6つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3) 研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行うことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総合的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的を実施します。また、多職種による360度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最後に、ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【内科ローテート研修中の評価】

内科ローテート研修においては、症例登録・評価のため、内科領域で運用する専攻医登録評価システム（Web版研修手帳）による登録と評価を行います。これは期間が短くとも研修の質をできる限り内科専攻医と同じようにすることが総合診療専攻医と内科指導医双方にとって運用しやすいからです。システムを利用するにあたり、内科学会に入会する必要はありません。

6ヶ月間の内科研修の中で、最低20例を目安として入院症例を受け持ち、その入院症例（主病名、主担当医）のうち、提出病歴要約として5件を登録します。分野別（消化器、循環器、呼吸器など）の登録数に所定の制約はありませんが、可能な限り幅広い異なる分野からの症例登録を推奨します。病歴要約については、同一症例、同一疾患の登録は避けてください。

提出された病歴要約の評価は、所定の評価方法により内科の担当指導医が行いますが、内科領域のようにプログラム外の査読者による病歴評価は行いません。

6ヶ月の内科研修終了時には、病歴要約評価を含め、技術・技能評価、専攻医の全体評価（多職種評価含む）の評価結果が専攻医登録・評価システムによりまとめられます。その評価結果を内科指導医が確認し、総合診療プログラムの統括責任者に報告されることとなります。

専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合しま

す。

【小児科及び救急科ローテート研修中の評価】

小児科及び救急科のローテート研修においては、基本的に総合診療専門研修の研修手帳を活用しながら各診療科で遭遇するcommon diseaseをできるかぎり多く経験し、各診療科の指導医からの指導を受けます。

3ヶ月の小児科及び救急科の研修終了時には、各科の研修内容に関連した評価を各科の指導医が実施し、総合診療プログラムの統括責任者に報告することとなります。専攻医とプログラム統括責任者がその報告に基づいて、研修手帳の研修目標の達成段階を確認した上で、プログラム統括責任者がプログラム全体の評価制度に統合します。

◎指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び360度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている1泊2日の日程で開催される指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

1 3．専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は北茨城市民病院総合診療専門医プログラム(きたいばらき)管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれません。

1 4．専門研修PGの改善方法とサイトビジット(訪問調査)について

本研修PGでは専攻医からのフィードバックを重視してPGの改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および本研修PGに対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本専門医PGに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本専門医PGに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門医PG管理委員会に提出され、専門医PG管理委員会は本専門医PGの改善に役立っています。このようなフィードバックによって本専門医PGをより良いものに改善していきます。

なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

専門医PG管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

本研修PGに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて専門医PG管理委員会で本専門医PGの改良を行います。本専門医PG更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の総合診療研修委員会に報告します。

また、同時に、本専門医PGの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施します。該当する学術団体等によるサイトビジットが企画されますが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

1.5. 修了判定について

3年間の研修期間における研修記録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の総合診療研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年の5月末までに本専門医PG統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修PG管理委員会において評価し、専門研修PG統括責任者が修了の判定をします。

その際、具体的には以下の4つの基準が評価されます。

1) 研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修ⅠおよびⅡ各6ヶ月以上・合計18ヶ月以上、内科研修6ヶ月以上、小児科研修3ヶ月以上、救急科研修3ヶ月以上を行っていること。

2) 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること

3) 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

4) 研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による360度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

16. 専攻医が専門研修PGの修了に向けて行うべきこと

専攻医は研修手帳及び最良作品型ポートフォリオを専門医認定申請年の4月末までに専門研修PG管理委員会に送付してください。専門研修PG管理委員会は5月末までに修了判定を行い、6月初めに研修修了証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の総合診療専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

17. Subspecialty領域との連続性について

様々な関連するSubspecialty領域については、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修PGでも計画していきます。

18. 総合診療研修の休止・中断、PG移動、PG外研修の条件

(1) 専攻医が次の1つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる日数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算120日（平日換算）までとします。

(ア) 病気の療養

(イ) 産前・産後休業

(ウ) 育児休業

(エ) 介護休業

(オ) その他、やむを得ない理由

(2) 専攻医は原則として1つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなりません。ただし、次の1つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。

(ア) 所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき

(イ) 専攻医にやむを得ない理由があるとき

(3) 学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。

(4) 妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

19. 専門研修PG管理委員会

基幹施設である北茨城市民病院、内科（総合診療科）には、専門医PG管理委員会と、専門医PG統括責任者（委員長）を置きます。専門医PG管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門医連携施設の研修責任者で構成されます。本専門

医PGの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。専門医PG管理委員会は、専攻医および専門医PG全般の管理と、専門医PGの継続的改良を行います。専門医PG統括責任者は一定の基準を満たしています。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門医PG統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、専門医PGの改善を行います。

専門医PG管理委員会の役割と権限

- ・ 専門研修を開始した専攻医の把握と日本専門医機構の総合診療研修委員会への専攻医の登録
- ・ 専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
- ・ 研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
- ・ 各専門研修施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定
- ・ 専門医研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
- ・ 専門医PGに対する評価に基づく、専門医PG改良に向けた検討
- ・ サイトビジットの結果報告と専門医PG改良に向けた検討
- ・ 専門医PG更新に向けた審議
- ・ 翌年度の専門医PG応募者の採否決定
- ・ 各専門研修施設の指導報告
- ・ 専門医PG自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
- ・ 専門医PG連絡協議会の結果報告

副専門研修PG統括責任者

PGで受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で20名をこえる場合、副専門研修PG統括責任者を置き、副専門研修PG統括責任者は専門医PG統括責任者を補佐しますが、当プログラムではその見込みがないため設置していません。しかし、本専門医の統括責任者が病院長であることから副専門統括責任者が状況により代行することになります。

連携施設での委員会組織

総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行います。

20. 総合診療専門研修指導医

本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計2名、具体的には、北茨城市民病院内科（総合診療科）に2名、北茨城市民病院附属家庭医療センターに1名在籍しております。

指導医には臨床能力、教育能力について、6つのコアコンピテンシーを具体的に実践していることなどが求められており、本PGの指導医についてもレポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会（1泊2日程度）の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。

なお、指導医は、以下の1)～6)のいずれかの立場の方より選任されており、本PGにおいては1)のプライマリ・ケア認定医1名及び家庭医療専門医2名の計3名が参画しています。

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医及び家庭医療専門医
- 2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- 3) 日本病院総合診療医学会認定医
- 4) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師（卒後の臨床経験7年以上）
- 5) 4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師（同上）
- 6) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム」に示される「到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師（同上）

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

PG運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は総合診療専門医カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

北茨城市民病院、内科（総合診療科）にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的

評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から5年間以上保管します。

PG運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導医マニュアルを用います。

●研修手帳（専攻医研修マニュアル）

所定の研修手帳（資料1）参照。

●指導医マニュアル

別紙「指導医マニュアル」参照。

●専攻医研修実績記録フォーマット

所定の研修手帳（資料1）参照

●指導医による指導とフィードバックの記録

所定の研修手帳（資料1）参照

2.2. 専攻医の採用3

採用方法

北茨城市民病院総合診療専門医PG管理委員会は、毎年9月から説明会等を行い、総合診療専攻医を募集します。PGへの応募者は、10月30日までに研修PG責任者宛に所定の形式の『北茨城市民病院総合診療専門医PG（きたいばらき）応募申請書』および履歴書を提出してください。申請書は(1)北茨城市民病院のwebsite、お知らせ (<http://kitaiabraki.info/>)よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ(0293-46-1121)、(3)e-mailで問い合わせ (hp-kieieikikaku@city.kitaibaraki.lg.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として11月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については12月の北茨城市民病院総合診療専門医PG（きたいばらき）管理委員会において報告します。

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の5月31日までに以下の専攻医氏名報告書を、北茨城市民病院総合診療専門医PG（きたいばらき）管理委員会

(hp-kieieikikaku@city.kitaibaraki.lg.jp)

に提出します。

- ・ 専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、
専攻医の研修開始年度（様式1）
- ・ 専攻医の履歴書（様式2）
- ・ 専攻医の初期研修修了証